Ha
Lane Medical Library

Ueber einen Fall von

Pemphigus chronicus.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medicin

verfasst und

einer hohen medicinischen Fakultät

der

kgl. bayr. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Paul Barmeyer

appr. Arzt aus Hannover.

München.

Buchdruckerei von M. Ernst.

1895.

Ueber einen Fall von

Pemphigus chronicus.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medicin

verfasst und

einer hohen medicinischen Fakultät

der

kgl. bayr. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Paul Barmeyer

appr. Arzt aus Hannover.

München.

Buchdruckerei von M. Ernst.

1895.

Referent: Geheimrat Prof. Dr. H. v. Ziemssen.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153721_0279

Seinen lieben Eltern

in Dankbarkeit gewidmet

vom

Verfasser.

Pemphigus chronicus ist eine Erkrankung der Haut, nach Hebra gekennzeichnet durch das Auftreten zahlreicher Blasen, welche sich in chronischer Aufeinanderfolge immer wieder spontan bilden, wobei die Dauer des Prozesses unbestimmte Zeit in Anspruch nimmt. Wenn der Prozess schon verschwunden, treten nach Wochen und Monden neue Eruptionen auf. Die in den mittleren Lebensjahren stehenden Menschen werden häufiger von der Krankheit befallen, als Greise und Kinder. Die Krankheit ist sehr selten und erregt, wenn sie auftritt, unser besonderes Interesse, zumal bei jedem neuen Falle die Hoffnung besteht, dass die bisher völlig unbekannte Aetiologie derselben erforscht werde. Wenn nun auch nach dieser Seite hin durch den unten zu beschreibenden Fall keine Erweiterung unserer bisherigen Kenntnisse über das Wesen der Bläschenkrankheit erfolgt ist, dürfte derselbe dennoch der Veröffentlichung wert sein, einmal wegen des Auftretens des Pemphigus unmittelbar im Anschluss an Scarlatina, dann aber auch wegen der dabei beobachteten Affektion der Conjunctiva bulbi et corneae. In der Litteratur sind, soviel ich weiss, nur 35 Fälle der besagten Affektion der Conjunctiva beschrieben. Ich lasse die Krankengeschichte folgen.

Der Kanonier Johannes Riedel vom 3. k. b. Feldartillerie-Regiment, 21 Jahre alt, ging am 27. Februar 1894 in das Lazaret zu mit einem traumatischen Hämophtalmus externus, der in wenigen Tagen, fieber-

los, ohne weitere Residuen zu hinterlassen, zur Resorption gelangte. Nun trat am 1. März Fieber und Angina auf: leichter Belag auf beiden Tonsillen, der in den nächsten Tagen sich auf die angewandte Lokaltherapie ablöste. Am 2. März trat eine Hauteruption über den ganzen Körper auf, welche sich sofort als Scarlatina erkennen liess und die Verlegung des Kranken auf die Station für Infektionskrankheiten nothwendig machte.

Am 3. März war das Exanthem in Blüte; der weitere Verlauf war gänzlich ungestört; nach einer leichten Schweisseruption verblasste das Exanthem. Die folgende Desquamation war nur mit Wiederauftritt einer mässigen Angina kompliziert. Da trat am 21. März völlig unerwartet im Gesicht, auf den Rückenflächen beider Hände, sowie am Scrotum ein Ausschlag auf, welcher aus roten Papeln und Blasen bis zu Erbsengrösse bestand. Dabei hatte der Patient die Empfindung von Brennen an den ergriffenen Stellen. Am 22. März waren die Blasen zum Teil bohnengross geworden und neue Papeln auf den nates und der Rückenfläche der Schultern hatten sich gebildet, welche durch Confluenz an Ausdehnung gewannen. Einzelne Effloreszenzen zeigten sich ferner auf der Streckseite der oberen Extremitäten, auf derselben Seite der unteren Extremitäten und auf der Brust, während das Abdomen und die Beugeseite der Extremitäten frei geblieben waren. Am folgenden Tage war, wie an den am 21. März befallenen Körpertheilen, auch an allen unter dem 22. März erwähnten eine Entwicklung von Blasen an Stelle der Papeln bemerkbar. Die Blasen platzten nach einigen Tagen und entleerten eine seröse Flüssigkeit. Das Exanthem breitete sich immer mehr aus. In beiden Kniekehlen waren einige Knötchen aufgetreten. An sämtlichen befallenen Stellen des Körpers

waren regellos angeordnete Bläschen zu bemerken. Diese Bläschen entstanden, wie schon bemerkt, stets durch Umbildung der Papeln und waren von einem roten Hofe umgeben. Bis zum 25. März hatte der Ausschlag den ganzen Körper mit Ausnahme der Kopfhaut, der Nase und angrenzender Teile, des Abdomens, der mittleren Rückenpartien, der plantae pedum und der palmae manus, sowie der Finger und Zehen ergriffen. Auf dem Rücken, an den nates und der Innenseite der Oberschenkel zeigte derselbe eine eigenthümliche Configuration. An diesen Stellen, wo grösstenteils eine diffuse, nur hie und da durch blaurote Flecken unterbrochene Rötung bestand, zeigten sich nämlich teils einzeln, teils zu Bogenlinien und eigenartigen Figuren confluierend bis zu 10 Pfennigstückgrosse rote Scheiben, deren Centrum und Peripherie durch ein intensives Rot hervortraten. Zugleich fühlte sich das Centrum etwas erhaben an. Eine Bläschenbildung war an diesen Stellen nicht zu erkennen. An der Innenseite der Oberschenkel präsentierte sich neben vereinzelten Scheiben von der Art der oben beschriebenen eine von nach aussen convexen Bogenlinien begrenzte Figur, welche durch intensive Röte gegen die Umgebung abgesetzt war und im hellroten Felde dunkler gefärbte Flecken zeigte. Am 24. März berührten sich fast die von den Schultern und nates ausgegangenen Rötungen. Es bildeten sich dort auf dem erythemartigen Grunde, theils auch auf scheinbar normalen Hautstellen eine Unmasse von Blasen von Erbsen- bis Hühnereigrösse. Dieselben waren unregelmässig zerstreut, dichtgedrängt, stellenweise um eine centralstehende Blase zu 4—5 gruppiert (Pemphigus circinnatus). Am 26. März zeigten einige Blasen anstatt des bisher stets serösen Inhaltes solchen von eitriger Beschaffenheit, der später dreimal bakterio-

logisch untersucht Streptococcen in Reinkulturen enthielt. Eine an den Dorsalseiten der Hände aufgetretene leichte Infiltration erschwerte die Beugung der Finger. Am Halse reichte der Ausschlag bis an den behaarten Nacken. Das brennende Gefühl an den von dem Exanthem befallenen Körperteilen war um die Mittagszeit am stärksten, morgens fast unmerklich. Die Temperatur, ausgenommen zur Zeit der Angina, bisher normal, war am 26. März zum ersten Male auf etwas über 38° C. in recto gestiegen. An Händen und Füssen wurde eine starke Schuppung bemerkt. Am 28. März klagte Patient über Leibschmerzen und Brechreiz. Die Untersuchung ergab Druckempfindlichkeit in der Magengegend. Kopfschmerz bestand nicht. Ein leichtes Frösteln machte sich bemerkbar. Patient klagte ferner über Schmerzen in den Achselhöhlen und Leistengegenden, sowie in der rechten Kniekehle. Die Drüsen an den genannten Stellen fanden sich geschwollen und schmerzhaft. Der Ausschlag hatte nunmehr auch auf die Bauchdecken übergegriffen, hier sowohl, wie an der Brust und der Innenseite der Oberschenkel die obenbeschriebenen, von nach aussen convexen Bogenlinien begrenzte Figuren bildend.

An den früher ergriffenen Partien begannen die Blasen, welche zum Teil mit hämorrhagischem Inhalte gefüllt waren, nach dem Bersten einzutrocknen. Darnach zeigte sich an derselben Stelle eine Borke, aus eingetrockneter Epidermis und Exsudat oder Blut bestehend, welche sich abstiess und eine geschwürsähnliche Fläche zurückliess, welche sich ohne Narbenbildung innerhalb 1½–2½ Wochen überhäutete und eine Zeit lang eine den Conturen der Blase entsprechende rot oder blaurot pigmentierte Stelle zurückliess. So entstand an den Stellen, wo um eine centrale Blase

mehrere gruppiert waren, durch Zusammentreten mehrerer Blasenconturen eine schlangenförmige Linie. Die Urinmenge war geringer geworden. (750 ccm). Die Temperatur war am 29. März auf 38,6° C. gestiegen. Patient fühlte sich leidend; es bestand fortwährender Brechreiz. Die Leibschmerzen waren verschwunden, der Appetit gegenüber dem 28. gesteigert. Die Drüsenanschwellungen zeigten geringere Druckempfindlichkeit. Die Temperatur stieg im Laufe des Tages auf 39,6° C. Nur noch wenige Stellen an den von dem Exanthem ergriffenen Regionen waren von Blasen frei. Die Umwandlung des serösen Blaseninhaltes in eitrigen trat an diesem Tage deutlicher hervor. Die grösseren Blasen platzten. Die Infiltration der Haut hatte zugenommen. Im Gesicht, am Halse, am Scrotum und einigen anderen Stellen waren die Blasen verschwunden und an ihrer Stelle teils Nässen, teils Krusten bemerkbar. Die Urinmenge war auf 500 ccm herabgesunken. Am 30. März befand sich Patient subjektiv und objektiv besser. Ueberall begannen die Blasen einzutrocknen. Die Urinmenge nahm zu (750 ccm). Am 31. März waren am Bauche nur noch zwei handtellergrosse Flächen vom Exanthem verschont. Der Rücken war bis auf eine zweimarkstückgrosse Stelle vollständig ergriffen, ebenso die nates. Die Haut zeigte beträchtliche Spannung, so dass Bewegungen mit Schmerzen verbunden waren. Der Appetit hatte nachgelassen. Der Stuhlgang war unregelmässig. Am 1. April klagte Patient über geringes Unwohlsein. Die Schmerzen bei Bewegungen waren infolge der starken Hautinfiltration so gross, dass Morphiumpulver (0,01) keinen Schlaf herbeizuführen im stande waren. Am 3. April wurde Patient plötzlich von starkem Kopfweh und Uebelbefinden befallen, ohne dass Erbrechen eintrat. Zeitweilig trat Schüttelfrost auf.

Das Exanthem, nunmehr über den ganzen Körper verbreitet, ergriff die zuerst befallenen Stellen von neuem. Am Mittag desselben Tages stieg die Körpertemperatur plötzlich von 38,5° auf 40,9° C. und das noch bestehende Kopfweh verschlimmerte sich. Zugleich traten Gliederschmerzen auf. Diese Erscheinungen gaben zu einer genaueren Untersuchung des Kranken Veranlassung. Dieselbe ergab auf den Lungen keine nachweisbare Veränderungen. Der Spitzenstoss fand sich etwas ausserhalb der Mammillarlinie, die Herztöne waren leise, im zweiten Intercostalraum rechts liess sich ein deutliches systolisches Geräusch wahrnehmen. Der Puls war sehr klein und frequent (120 Schläge pro Minute), die Respiration oberflächlich. Das Sensorium zeigte sich etwas benommen. Hier und da traten leichte Delirien auf. Abends nahm nach einem warmen Bade die Schmerzhaftigkeit der Glieder ab. Die folgende Nacht war ziemlich ruhig. Am Morgen des 4. April machten sich wieder starke Gliederschmerzen bemerkbar, vorübergehend auch Kopfweh. Zugleich wurde der Kranke durch vermehrtes Durstgefühl belästigt. Der ganze Körper zeigte sich mit Blasen bedeckt, deren Inhalt grösstenteils serös eitrig war. An Hals, Ellenbogen, Kniegelenken, in den Achselhöhlen hatten sich an Stelle der Blasen Rhagaden gebildet, aus denen zuweilen ziemlich beträchtliche Blutungen erfolgten. Die folgende Nacht verbrachte der Kranke schlaflos. Als am 5. April morgens der Verband gewechselt wurde, wobei Patient von einer Ohnmacht befallen wurde, fand sich die ganze Analgegend, die rechte regio glutaea, der Rücken und beide Achselhöhlen von Epidermis entkleidet; zugleich bestand an diesen Stellen grosse Neigung zu Blutungen. Die Urinmenge betrug 500 ccm.

Im Laufe des Tages trat starkes Nasenbluten auf.

Zugleich zeigte es sich, dass die Blasenbildung auch auf die Zunge übergegriffen hatte, indem der Zungenrücken von aphtenähnlichen Gebilden belegt war. Die folgende Nacht war ziemlich unruhig, nur gegen Morgen schlief der Kranke kurze Zeit. Die Schmerzen im After waren sehr gross, so dass Patient aus Furcht vor den Schmerzen bei der Entleerung den Stuhl mehrere Tage zurückhielt. Zugleich bemerkte man an dem Kranken eine ungewöhnliche Erregbarkeit. Die Urinmenge betrug nur 400 ccm. In der Nacht vom 7. auf 8. April schlief Patient ein wenig. Am Morgen des 8. April war er sehr matt und deprimiert. Am 9. April hatte die Aufregung nachgelassen. Die Blasenbildung im Munde war fortgeschritten, so dass feste Nahrung nicht aufgenommen werden konnte wegen der grossen Schmerzen, welche mit der Aufnahme verbunden waren. Eine fötide Atmosphäre verbreitete sich um den Kranken. Am 10. April wurde der Verband, welcher, damit die von Epidermis entkleideten Stellen nicht irritiert und die Epidermisneubildung nicht gestört würde, einige Tage gelegen hatte, abgenommen, wobei eine Blutung nicht stattfand. Der Kranke befand sich etwas besser. Die Temperatur war normal. Die Urinmenge war wieder auf das Durchschnittsmass (1500 ccm) gestiegen.

Die Besserung hatte Bestand. Am 12. April blieb der Kranke zwei Stunden im Bade und erhielt einen Borsalbenverband. Die Nacht verbrachte er gut und schlief viel. Die psychische Depression hatte nachgelassen. Während der folgenden Tage schritt die Besserung stetig fort. Die Temperatur zeigte geringe Schwankungen innerhalb der normalen Grenzen. Die Urinmenge betrug constant 1500 ccm.

Am 17. April zeigte sich beim Verbandwechsel, dass nur in der Glutaealgegend noch einige Stellen

nicht von Haut bekleidet waren. Während so die schweren Allgemeinerscheinungen zurückgingen, wurde am 16. April eine Conjunctivitis palpebrarum et bulbi constatiert, welche zuerst das linke Auge ergriff, dann auch auf das rechte überging. Die genauere Beschreibung dieser Conjunctivitis ist einer besonderen Arbeit des Herrrn Dr. Glas, Assistenzarztes an der Abteilung für Augenkranke, vorbehalten. Hier sei nur erwähnt, dass sich auf der Cunjunctiva bulbi et corneae Pemphigusblasen bildeten, nach deren Platzen die epithellosen Stellen unter Narbenschrumpfung heilten. Es bildete sich Entropium und Symblepharon beiderseits und die Hornhaut begann sich zu trüben. Durch den letzteren Vorgang wurde links allmählich Verlust des Sehvermögens herbeigeführt. Ob das andere Auge erhalten bleibt, ist sehr fraglich, denn die Blaseneruptionen im Auge finden auch jetzt im November noch statt, besonders, wenn mit den bisher applizierten Borumschlägen ausgesetzt wird oder Patient sich in einem warmen Zimmer aufhält.

Aber auch am übrigen Körper war kein Stillstand des Prozesses seit dem Auftreten der Augenaffektion erfolgt. Es würde zu weit führen und auch nicht von Interesse sein, wollte ich die einzelnen auftretenden Blasen, welche sich immer in gleicher Weise bildeten, dann platzten und später eintrockneten, einzeln aufführen. In unregelmässigen Intervallen von 1—14 Tagen wurden auf der behaarten Kopfhaut, an Stirn, Gesicht, im Munde, hier besonders an der Zunge, an den Gaumensegeln, ferner auf der Brust, am Rücken, an den Extremitäten Blasen und Bläschen bald einzeln, bald in grösserer Menge beobachtet, denen einen bis zwei Tage lang erythemartige Rötung der Stelle, welche die Blasen später einnahmen, vorherging. Die Blasen zeigten einen roten Hof. Die an der Zunge auf-

tretenden Blasen waren häufig hämorrhagisch und erschwerten die Nahrungsaufnahme bedeutend.

Grössere Eruptionen, welche nach dem 17. April bis zum heutigen Tage (8. November 1894) stattfanden, mögen hier kurz Erwähnung finden:

Am 8. Mai, an welchem Tage die Temperatur auf 38,8° C. stieg, wurden am linken Zungenrande und unter dem rechten unteren Augenlid grössere Mengen von Blasen beobachtet. Am 9. Mai stieg die Temperatur auf 39,3°, am 10. bis auf 39,5° (alles per rectum gemessen), ohne dass eine Ursache dafür zu finden war. Am 20. Mai stieg die Temperatur abermals ohne nachweisbaren Grund. Am 22. Mai traten am Zungenrücken zahlreiche hämorrhagische Blasen auf, ebenso am Gaumen. Am 25. und 26. Mai fand abermals Temperatursteigerung statt, ohne dass der Grund eruiert werden konnte. Der Monat Juni war von grösseren Eruptionen frei. Am 10. Juli wurden am ganzen Körper (am Kopf, Lippen, Gaumen, Rumpf, Extremitäten) Blasen von Linsen- bis 10-Pfenniggrösse, teils mit hämorrhagischem Inhalte gefüllt, beobachtet. Dieser Eruption folgte ein starker Schweissausbruch. Am 13. und 17. Juli wurde eine weitere Eruption von Pemphigusblasen am ganzen Körper beobachtet, desgleichen am 21. An diesem Tage waren die Schleimhäute nicht beteiligt. Am 3. August erfolgten Eruptionen an Brust, Rücken, und besonders Armen, am 7. August an Gesicht, Rumpf und Händen. Am 14. August traten viele Blasen am ganzen Körper auf, ebenfalls am 16. Der September war wieder frei von grösseren Eruptionen. Etwa um die Mitte Oktober wurde auf der Brust eine Menge Blasen sichtbar und augenblicklich, anfangs November besteht eine Eruption von Blasen von circa Markstückgrösse auf dem

behaarten Kopfe. Eine völlig blasenfreie Periode hat zu keiner Zeit bestanden.

Patient hatte viel unter Kopfschmerzen und psychischer Depression zu leiden. Häufig trat Uebelbefinden, unregelmässiger Stuhl auf. Auch schmerzhafte Drüsenschwellungen wurden in letzter Zeit in der Occipitalgegend hauptsächlich bemerkt. In den letzten zwei Monaten ist aber eine beträchtliche Frequenzabnahme in dem Auftreten von Blasen constatiert. Der Urin war stets eiweissfrei und die oft beträchtlich schwankende Urinmenge stand in einem nachweisbaren Zusammenhang mit dem Verlust von Pemphigusblaseninhalt. Von Zeit zu Zeit trat Nasenbluten auf. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass auch die Nasenschleimhaut von dem Krankheitsprozess ergriffen war und noch ist. Durch Untersuchung ist eine Affektion der Nasenschleimhaut nicht festgestellt.

Riedel befindet sich augenblicklich leidlich gut und soll, da in letzter Zeit nur spärlich Pemphigusblasen aufgetreten sind, nach Eintreffen einer höheren Entscheidung aus dem Lazaret entlassen werden. Er hat während seines Aufenthaltes im Lazaret an Gewicht zugenommen. Ob die Besserung von Dauer ist, wird die Zukunft zeigen.

Ueberblickt man die Pathologie dieses Falles, so ergiebt sich, dass ein früher ganz gesunder Mann im 21. Lebensjahre von Scharlach befallen wurde und dass in der 3. Woche nach der Eruption ein pustulöses Exanthem zur Entwicklung gekommen ist.

Complicationen und Nachkrankheiten von Seite des Hautorgans sind nun bei Scharlach schon beobachtet worden, so lange man diesen kennt: Das Scharlachexanthem wird schon zur Zeit der Florition in mannigfacher Weise modifiziert; es kann durch

rapide Exsudation der Prozess sich zur Bläschenbildung (Miliaria) steigern oder auch infolge der scarlatinösen Veränderung der Blutgefässe zu Hämorrhagien in der Cutis sowohl, als in der Schleimhaut kommen. Infolge einer Circulationsstörung in den so veränderten Gefässen entwickeln sich in perniciösen Fällen mitunter auch sehr tief greifende Veränderungen in Haut- und Schleimhautgewebe (Gangraen). Endlich bildet sich in nicht wenigen Fällen auf dem Boden der Blut- und Lymphstauung in der infektiös entzündeten Hautdecke noch auf der Höhe des Scharlachprozesses oder auch erst im Desquamationsstadium ein diffuses Hautödem (Hydrops, Anasarca scarlatinosa) mit Anschwellung sämtlicher dem Gefühle zugängigen, wahrscheinlich auch der in den Körperhöhlen gelegenen Lymphdrüsen, also eine Hautwassersucht, und zwar ohne vorausgegangene oder begleitende Nephritis. Bei letzterer kommt es häufig zu Höhlenhydrops, oft mit nur mässigem Anasarca. Endlich ist noch zu erwähnen, dass oft spät nach entstandenem Scharlach in weit vorgerücktem oder auch schon abgeschlossenem Desquamationsstadium Reizzustände im Papillarkörper und den Follikeln der Haut Platz greifen in Form von Erythemen, Furunkeln, Abscessen, Lymphdrüsenvereiterungen.

Der hier besprochene Fall trägt etwas Eigenthümliches an sich. Es handelt sich hier um keines der oben beschriebenen Vorkommnisse; nach einem in der Eruption, Florition und auch Desquamation normalen Verlauf traten auf der Hautdecke des Gesichtes, an der Rückenfläche der Hände und am Scrotum, ferner am Rumpf und den unteren Extremitäten erythematöse Flecken von unregelmässiger Gestaltung und verschiedener Grösse auf. Diese Flecken wurden rasch dunkler, fast blaurot, etwas erhaben, und meist am

folgenden Tage beobachtete man auf denselben blasige Erhebungen der Epidermis mit trübem, flüssigem Inhalte; dieser nahm häufig ziemlich rasch eitrige Beschaffenheit an. Es kam dann zum Platzen der Pusteln und deren Decke bildete mit dem Inhalt eine Borke. Diese stiess sich im Verlauf der weiteren Tage ab und nun lag ein dunkelroter Geschwürsgrund (Papillarkörper) vom Umfang der ursprünglichen Pustel zu Tage. Dieser überhäutete sich sodann allmählich, d. h. es trat Heilung ein, ohne dass der Prozess weiter um sich griff oder eine Narbe hinterliess. Nur blieb noch mehrere Wochen die Stelle dunkel pigmentiert, bis schliesslich auch dieser Farbstoff zur Resorption gelangte.

Aber nach verschieden langen Zwischenräumen wiederholte sich dieser Vorgang an anderen Stellen der Hautdecke in ganz gleicher Weise. Namentlich waren die Oberschenkel, die Arme und der Rumpf Sitz dieser pustulösen mit Fieber verbundenen Eruptionen. Später, nachdem die Hautdecke in grosser Ausdehnung von dem Prozesse ergriffen war, traten auch auf der Schleimhaut des Mundes und dann auf der Bindehaut beider Augen dieselben Vorgänge auf. An der Mundschleimhaut konnte, wie dies anatomisch wohlerklärlich, eigentliche Pustelbildung nicht beobachtet werden. Es kam nur zu flachen Erosionsgeschwüren, belegt von dem abgehobenen und gequollenen Epithel, hauptsächlich an der Zunge, aber in grosser Ausdehnung und in einem den Kranken subjektiv und objektiv störenden Grade; in den Augen begann der Prozess als conjunctivitis palpebrarum et bulbi mit Blepharadenitis. Dann zeigte sich nach beträchtlicher Schwellung des bulbus conjunctivae auch die cornea des linken Auges lebhaft ergriffen. Zugleich entwickelte sich in der Bindehaut der Lider

und der bulbi eine Schrumpfung; die Lider wurden mit ihren Cilien nach einwärts gestülpt und ein schwerer Reizzustand der Hornhaut fortwährend unterhalten. Gleichzeitig verengerte sich die Lidspalte beiderseits. Die Cornea trübte sich, so dass links eine völlige Erblindung eintrat.

Wenn die Diagnose zur Zeit, wo die Lokalisation auf Haut, Schleimhaut und Augenbindehaut in ihren zahlreichen Nachschüben klar und vollendet war, keine Schwierigkeiten mehr an sich trug, so war dies doch anders, als nur vereinzelte Pusteln auf der Haut die erste Erscheinung bildeten. Es konnte und musste an verschiedene mehr weniger naheliegende Möglichkeiten gedacht werden: an Varicella, an akutes Exzem, welches ja mitunter auch zur Blasenbildung führt, an Impetigo, ferner an multiple Metastasen infolge eines latenten Herdes. Dann muss besonders auch Syphilis in's Auge gefasst werden. Morphologisch lässt sich ja die hier vorliegende Haut-Eruption von einer syphilitischen Pustel nur schwer unterscheiden, die von einigen Autoren als Pemph. syphiliticus bezeichnet wurde. Was nun die Pyämie und das Exzem betrifft, ferner Impetigo, so konnte man sie im Hinblick auf Anamnese und Begleitumstände nicht für wahrscheinlich halten und auch Syphilis war nicht wohl anzunehmen. Abgesehen davon, dass Patient mit Bestimmtheit eine Infektion negiert, liessen sich auch am Körper weder Residien einer früheren, noch Symptome einer vorhandenen Lues nachweisen; am ehesten konnte die Affektion der Mundschleimhaut als syphilitische Plaques imponieren. Aber dagegen sprach die überwiegende Affektion der Zunge und besonders das Freibleiben der Tonsillenschleimhaut, des Nasenrachenraumes; auch als merkurielle Stomatitis (infolge früheren nicht zugestandenen Merkurgebrauches) konnte

die Affektion nicht aufgefasst werden, da gerade die Zahnfleisch-Pyramiden wenig ergriffen waren und Speichelfluss fehlte. Endlich, und das ist wohl das Wichtigste, waren nirgends indolente Drüsenschwellungen (weder in der reg. inguin., noch in der reg. cervical. et cubital.) und andere exanthematische Formen neben dem Pusteleczem (Polymorphie der Syphilide) zu entdecken, wodurch man berechtigt gewesen wäre, von Syphilis zu sprechen. Da auch eine überwiegende Lokalisation auf die Volarflächen der Extremitäten nicht gegeben war, konnte von Lues abgesehen werden.

Der weitere Verlauf hat auch alle diese Erwägungen hinfällig gemacht:

Eine mehr weniger rasch fortschreitende, spontane Entwicklung erbsen- bis hühnereigrosser blasiger Erhebungen der Epidermis an verschiedenen Stellen der Hautdecke wird als Pemphigus bezeichnet und zwar, wie dies ja dem eben angedeuteten Verlaufe entspricht, als chronischer Pemphigus. Einen akuten Pemphigus Erwachsener anerkennen wenigstens die deutschen Dermatologen nicht; sie geben nur den Pemph. neonatorum contagios als akuten Pemphigus zu.

Der chronische Pemphigus wird in zwei Gruppen ausgeschieden: Pemphigus vulgaris und Pemphigus foliaceus. Unter ersterem versteht man diejenige Form, bei welcher sich rasch der trübe Blaseninhalt zu Eiter umwandelt, dann mit der Blasendecke zur Borke wird, die sich abstösst, worauf die blossgelegte rote Fläche wieder von Epidermis bedeckt wird und so Heilung zu stande kommt. Dies beansprucht einen Zeitraum von mehreren Wochen, worauf dann freilich wieder eine neue Eruption an der Stelle erfolgt. Dieses gewöhnlichen günstigen Verlaufes wegen bezeichnet man den Pemph. vulgar. auch als P. benignus. Ganz anders ist der P. foliaceus in Form und Verlauf ge-

staltet: Er kann sich aus dem P. vulgaris entwickeln, indem die Pustel sich am Rande weiterverbreitet, immermehr die Epidermis abhebt (wie oft bei P. circinnatus) und so die Epidermisneubildnng auf der Ulcerationsfläche erschwert wird, indem durch fortdauernde Suffussion mit Serum oder Eiter die ebengebildete zarte Epidermisschicht wieder durchbrochen wird; es kommt nicht zur Heilung. Im weiteren Verlauf werden die normalen Hautinseln immer kleiner durch Confluenz der erkrankten Stellen, bis schliesslich die ganze Hautdecke des Körpers in den Erkrankungsprozess einbegriffen ist. (Sehr selten kommt es nach dem Platzen der Blasen auf den excorierten Flächen zur Bildung von papillären nässenden Wucherungen, die sich mit dem Fortschreiten der Epidermisabhebung serpiginös verbreiten.) Da bei dem Prozess die sensiblen Nervenendigungen blossgelegt werden, wird durch die geringste Bewegung des wunden Körpers der heftigste Schmerz verursacht. In diesem Zustande können die Kranken noch Monate lang leben, bis schliesslich durch die fortdauernde Eiterung und den ununterbrochen nervösen Chok der Gesamtorganismus des Patienten so erschüttert ist, dass er dem qualvollen Leiden erliegt. Die Prognose des Pemph. foliaceus ist von vorn herein ungünstig, sind doch die von ihm befallenen Individuen meist von ungünstiger Constitution. Nachträglich sei noch bemerkt, dass der P. foliaceus als solcher schon von Anfang an gekennzeichnet ist, indem die Blasen weniger prall gefüllt sind. Die Wandung ist schlaff, so dass die Pustel nicht steht, sondern wie ein halbgefüllter Sack herunterhängt. Im Gegensatz zum P. vulgaris oder benignus wird der P. foliaceus auch als malignus bezeichnet.

Auf Grund des heutigen Standes der Pemphigus-Frage liess sich der gegebene Fall diagnostisch ohne

Schwierigkeit beurteilen. Wir hatten es mit einem P. vulgaris zu thun, denn die einzelnen Eruptionen sind, wenn auch immer erst nach Wochen, abgeheilt und zwar ohne Narbenbildung, und gegenwärtig — nach 8monatlichem Krankheitsstand — ist fast vollkommener Stillstand eingetreten.

Um den Fall näher zu kennzeichnen, muss man ihn als P. vulgar. universalis auffassen, denn es sind die Eruptionen fast an allen Stellen der Hautdecke hintereinander aufgetreten; und schliesslich könnte man ihn noch P. vulg. diutinus, d. h. anhaltenden Pemphigus nennen; denn die Eruptionen dauerten mit nur geringen Intervallen fort.

Was die Intensität der Erkrankung betrifft, so kann sie, obwohl es sich um Pemph. vulgaris handelt, doch als eine schwere Form aufgefasst werden, hauptsächlich wegen der Complikation von Seite der Augen. Diese war frühzeitig, aber doch erst nach der Hauteruption aufgetreten und zeigte sich so charakteristisch, dass der Ordinarius der Station für Augenkranke, Herr Oberstabsarzt Dr. Seggel, noch bevor er in die Krankengeschichte Einsicht genommen hatte, den Augenbefund allein als Pemphigus deutete.

Was schliesslich die Aetiologie dieser Erkrankung betrifft, so kann wohl kaum in diesem Falle etwas anderes angenommen werden, als eine aussergewöhnliche Complikation des P. mit Scharlach durch die Wirkung des Scharlachgiftes in der Haut.

Die bakteriologische Untersuchung des Pustelinhaltes, welche in einzelnen Fällen spezifische Organismen nachgewiesen haben will, ergab hier gänzlich negatives Resultat. Die nachgewiesenen Streptococcen dürften als erst von aussen hineingelangte Wesen, als Eindringlinge aufzufassen sein. Für die Annahme

einer neuropathischen Grundlage (Vaso-Neurose) dieses Pemphigus-Falles liessen sich keine Anhaltspunkte gewinnen.

Litteratur-Verzeichnis.

v. Ziemssen: Handbuch der spez. Pathologie: Hautkrankheiten. Band XIV, S. 537 ff., 1883.

Eulenburg: Realencyclopädie. Band XV, S. 286 ff.

Kaposi u. Hebra: Lehrbuch der Hautkrankheiten. S. 335 ff. u. 305.

Kaposi u. Hebra: Lehrbuch der Hautkrankheiten I, S. 658 ff.: Blasenausschläge, Dermatoses bullosae (Pemphigus chronicus), (Pompholix).

Schmidt's Jahrbücher, Band 240: Wiener klin. Wochenschrift VI. 20. 1893. Beitrag zur Diagnose des isolierten Pemphigus der Schleimhäute der oberen Luftwege von Chiari.

„ Jahrbücher, Band 237: Zur Aetiologie des Pemphigus von Dr. Kirchner (Archiv für Dermatol. und Syphilis. XXIV 4 p. 541, 1892.)

„ Jahrbücher, Band 238: Beitrag zur Aetiologie des Pemphigus von Dr. Strelitz (Arch. f. Kinderheilkunde XV 1 u. 2, p. 101, 1892).

Wiener klin. Wochenschrift, Jahrgang VII, 6. Sept. 1894, Nr. 36. Pemphigus der Rachenorgane von Dr. Thost.

Allgemeine Wiener medizinische Zeitung 1893, Nr. 22.

„ „ „ „ Nr. 49.

Deutsche medizinische Wochenschrift 1893 Nr. 46 (Seifert: Du pemphigus de la muqueuse nasale et pharyngienne; Revue de la laryngologie, d'otologie et de rhinologie 1891, Nr. 3.)

Deutsche medizinische Wochenschrift, 2. Januar 1890, Nr. 1, 16. Jahrgang; Ueber Pemphigus chronicus malignus von Geheimrat Professor Dr. Mosler.

Wiener klinische Wochenschrift, 18. Mai 1893, Nr. 20, VI. Jahrgang; Beitrag zur Diagnose des isolierten Pemphigus der Schleimhaut der oberen Luftwege von Prof. Dr. Chiari in Wien.

Deutsch-medizinische Wochenschrift Nr. 32, 11. August 1887; Beitrag zur Kenntniss des Pemphigus chronicus von Dr. Dähnhardt in Kiel.

Deutsch-medizinische Wochenschrift Nr. 22, 1890. Ueber Pemphigus von Prof. Dr. Mosler i. Greifswald.

Lesser: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. I. Theil, 1890, S. 62 ff.

Strümpell: Spezielle Pathologie und Therapie, I. Band, 1890. S. 55 (Capitel über Scharlach).

Tillmanns: Lehrbuch der allgemeinen Chirurgie 1888, S. 264 ff., u. 72: Ueber Pyämie.

Es sei mir gestattet, Herrn Generalarzt I. Classe Dr. Vogl für die Ueberlassung des Falles, sowie für die gütige Unterstützung bei der Bearbeitung desselben meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Mein bester Dank gebührt auch Herrn Geheimrat Professor Dr. v. Ziemssen für die freundliche Uebernahme des Referates.